

Datum: 2020-03-04 Dnr 200N73

VÄLFÄRD GÄVLE



Patientsäkerhetsberättelse 2019

Omvårdnadsnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2019

Johanna Storing, medicinskt ansvarig för rehabilitering
Ulrika Carlsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska
Liliane Eklund, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Citera gärna ur skriften men ange källa

© Författaren och Gävle kommun 2020
Grafisk form Pangea design

www.gavle.se

Sammanfattning

Inledningsvis följer en beskrivning av Valfärd Gävles nämnders gemensamma vision och strategier vilka ligger till grund för sektorns arbete.

Nämndernas vision har sin utgångspunkt i kommunens övergripande Vision 2025 och de kommunövergripande målen.

Vision:

Gemensamt tar vi ansvar för individens bästa

Strategier:

- **Stärker inflytande och delaktighet - Vi gör rätt saker**
 - *Valfärd Gävle skapar lösningar tillsammans med kunder och de som utför tjänsterna, så att vi blir säkra på att vi arbetar med rätt saker.*
- **Främjar nytänkande och mod**
 - *Valfärd Gävle tillvaratar engagemang, innovationskraft och digitaliseringens möjligheter samt har mod att använda nya arbetssätt.*
- **Bidrar till självständighet**
 - *Valfärd Gävle stärker kundens möjligheter till självständighet.*
- **Förstärker samarbete**
 - *Valfärd Gävle förstärker samarbetet internt och med andra aktörer för kundens nytta.*

En förutsättning för att kunna leverera god kvalitet och hög patientsäkerhet är ett systematiskt förbättringsarbete. Detta arbete är uppbyggt kring riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller.

Gott resultat uppnås gällande flera kvalitetsindikatorer rörande vård i livets slut exempelvis frånvaro av trycksår grad 2-4 och ordination av injektionsläkemedel. Efter analys av resultat i BPSD-registret 2019 syns tendens till förbättrat resultat gällande årlig läkemedelsöversyn och ett gott resultat gällande antal personer som fått bemötandeplan.

Generellt är hanteringen och analysen av klagomål och avvikelser fortsatt ett betydande utvecklingsområde. Under 2019 genomförde Valfärd Gävle en genomgripande analys av avvikelshanteringen för att få en förståelse för vad det är som bidrar till att hanteringen inte fungerar på ett ändamålsenligt sätt och hitta förbättringsåtgärder för att underlätta i respektive verksamhet. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår att Omvårdnad Gävle 2019 gjorde sex Lex Maria-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO.)

Det finns sedan tidigare kända utvecklingsområden. När det gäller vård i livets slut är smärtskattning med validerat instrument, dokumenterade brytpunktssamtal och dokumenterade munhälsobedömningar utvecklingsområden. Vad gäller vårdpreventivt arbete med individuella riskbedömningar så finns förbättringspotential för ett strukturerat arbete i verksamheterna.

Under 2019 har olika interna samverkansgrupper startat upp utifrån ny organisation exempelvis ett hälso- och sjukvårdsråd med syfte att aktualisera hälso- och sjukvårdsfrågor och ett kvalitetsteam med syfte att arbeta med övergripande kvalitetsfrågor.

Innehållsförteckning

INLEDNING	5
STRUKTUR	6
ORGANISATION OCH ANSVAR	6
Omvårdnadsnämnd	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	6
Verksamhetschef HSL	6
Första linjens chef	6
Medarbetare	7
SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR	7
Läkaravtal	7
Vårdhygien	7
Uppsökande tandvård	7
Mobilt sjukvårdsteam	7
Patientnämnden	8
PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET	8
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET	8
KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	9
EGENKONTROLL	9
PROCESS	10
ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN	10
Utbildning i medicinsk rätt	10
Riskbedömningar	10
Läkemedelshantering och delegering	10
Läkemedelsgenomgångar	10
Avvikelsehantering	11
Journalgranskning	11
Hygien	11
Intern samverkan	12
Utbildningar till omvårdnadspersonal	12
RISKANALYS	12
UTREDNING AV HÄNDELSER - VÅRDSKADOR	12
INFORMATIONSSÄKERHET	13
RESULTAT OCH ANALYS	14
AVVIKELSER	14
KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	14
HÄNDELSER OCH VÅRDSKADOR	15
LÄKEMEDELSANVÄNDNING	16
JOURNALGRANSKNING	16
UPPSÖKANDE TANDVÅRD	18
GOD VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE - SVENSKA PALLIATIVREGISTRET	18
INDIVIDUELLA RISKBEDÖMNINGAR	21
GOD VÅRD VID DEMENSSJUKDOM- BPSD-REGISTRET	23
NUTRITION OCH NATTFASTEMÄTNINGAR	24
Nutrition	24
Nattfasta och nuttionsuppföljning	25
SOCIALSTYRELSENS NATIONELLA BRUKARUNDERSÖKNING	26
FORTSATT ÅTGÄRDER/AKTIVITETER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN	28

LEDNINGSSYSTEMET	28
AVVIKELSEHANTERING.....	28
DOKUMENTATION	28
DIGITAL SIGNERING	28
GOD VÅRD I LIVETS SLUT - SVENSKA PALLIATIVREGISTRET	28
FÖREBYGGANDE RISKBEDÖMNINGAR	28
GOD VÅRD VID DEMENSSJUKDOM- BPSD-REGISTRET.....	28
EXTERN KVALITETSGRANSKNINGAR	29
BEDÖMNING - OCH RAPPORTERINGSUNDERLAG – VISAM BESLUTSSTÖD.....	29
INFORMATIONSSÄKERHET	29
LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR	29
VÅRDHYGIEN.....	29

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Struktur

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

I det här stycket beskrivs hur roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet var fördelat inom Omvårdnadsnämndens ansvarsområde under 2019. Den 1 januari 2019 fick Gävle kommun en ny organisation. Det högsta beslutande organet är kommunfullmäktige. Kommunen har flera olika nämnder som stöts av en gemensam förvaltning. Förvaltningen är indelad i fyra sektorer vars uppdrag avgörs av tillhörande nämnder. Kommunens hälso- och sjukvård tillhör sektor Valfärd Gävle vilken består av fem kontor: Förebyggande och kompetens, Myndighetskontor, Stöd i hemmet, Boende, Utveckling och stöd och ledningsfunktioner inom HR, ekonomi, kommunikation och kvalitetsledning. Inom Valfärd Gävle arbetar cirka 3000 medarbetare. Sektorn arbetar på uppdrag av tre nämnder: Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden samt Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

Omvårdnadsnämnd

Omvårdnadsnämnden ansvarade år 2019 bland annat för ledning av och ansvar som vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) hade rollen som kravställare gentemot såväl utförare i kommunal regi som externa utförare i den verksamhet som en kommun bedriver enligt 11 kap. § 4 i hälso- och sjukvårdslagen. MAS arbetade fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och rapportera till omvårdnadsnämnden angående hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits i verksamheterna. MAS fastställde även rutiner inom sitt lagstadgade område vilket framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§.

Verksamhetschef HSL

Verksamhetschef HSL ansvarade för att tillhandahålla tjänster uppfyllde de målsättningar och krav som ställts upp av omvårdnadsnämnden samt lagstiftning och föreskrifter i den verksamhet som en kommun bedriver enligt 4 kap § 2 i hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschef HSL ansvarade för att inom sitt verksamhetsområde tillse att rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvårdsuppdraget är kända på enheterna.

Första linjens chef

Första linjens chef ledde och fördelade arbetet för sina medarbetare. Ansvarade vidare för att organisera och planera teamarbete kring kund samt ansvarade för rapportering och avvikelshantering.

Medarbetare

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarade för att hälso- och sjukvården utfördes enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare som utför hälso- och sjukvård är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Arbetsuppgifter som utförs på delegering av legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvård och medför därför särskilt ansvar enligt patientsäkerhetslagen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

I detta avsnitt beskrivs ett urval av exempel på samverkan i syfte att förbättra patientsäkerhet.

Läkaravtal

För läkarmedverkan i vård- och omsorgsboende, särskilda boenden (gruppboenden, serviceboenden, gruppboendestäder och serviceboendestäder) samt hemsjukvården finns avtal upprättade. I avtalen har exempelvis fastställts att årliga läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården.

Vårdhygien

Gävle kommun har tillsammans med övriga kommuner i länet ett avtal med Vårdhygien Gävleborg som är en enhet inom Region Gävleborg. Vårdhygien Gävleborg arbetar aktivt både i kommuner och i regionen med att förhindra uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien Gävleborg står även för hygienutbildningar till kommunernas omvårdnadspersonal samt hälso- och sjukvårdspersonal.

Uppsökande tandvård

Uppsökande tandvård finns tillgänglig för att förbättra munhälsan och i förebyggande syfte genom samverkan mellan Region Gävleborg och länets kommuner. Fastställda grupper får uppsökande munhälsobedömning och där så behövs nödvändig tandvård. Omvårdnadspersonal får en årlig utbildning om munhälsa.

Mobilt sjukvårdsteam

Gävle kommun och Region Gävleborg har sedan 2018 ett gemensamt mobilt sjukvårdsteam. Syftet med det mobila teamet är att förbättra vårdkedjan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Ambitionen är att kunna optimera vården för äldre med sviktande hälsa eller multisjuka vuxna som bor i ordinärt boende, vård- och omsorgsboende eller som vistas på en korttidsenhet. Effekten blir att personer med behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser får fortsatt vård i hemmet vilket bedöms medföra ett mervärde för individen, minskat tryck på akuten och färre antal inskrivningar. Teamet bemannas av läkare från primärvården eller slutenvården, en sjuksköterska från primärvården och en sjuksköterska från kommunen som har ett nära samarbete med biståndshandläggare. Gävle kommun bidrar med tre sjuksköterskor till samarbetet.

Patientnämnden

Patientnämnden är en politiskt sammansatt och fristående nämnd inom region och kommun. Patientnämnden har avtal med alla kommuner i Gävleborg och tar alltså emot synpunkter på den vård och omsorg som bedrivs i kommunala boenden i länet. I patientnämnden sitter förtroendevalda politiker som är insatta i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Nämnden arbetar med inkomna synpunkter på ett övergripande sätt. Genom att identifiera och uppmärksamma risk- och problemområden bidrar nämnden på olika sätt till en ökad patientsäkerhet.

Verksamheten är en del av Region Gävleborg men opartisk och fristående från de vårdgivare som möter patienter inom hälso- och sjukvården. Inga egna medicinska bedömningar görs och ingen ställning tas till om vårdgivaren har gjort rätt eller fel. Syftet är istället att informera, reda ut och förklara och på så sätt bidra till att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienters och närståendes delaktighet i vården är viktig för deras känsla av sammanhang och meningsfullhet. Vidare är det av vikt för vårdgivaren att ta del av synpunkter för att där behov finns att arbeta för förbättringar. I samband med inflyttning till vård och omsorgsboende eller inskrivning i hemsjukvård kan patienten lämna samtycke till informationsöverföring samt för registrering i olika kvalitetsregister. Patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål skriftligen eller muntligt (se vidare under rubrik klagomål och synpunkter nedan). I samband med utredningar som leder till en Lex Maria-anmälan erbjuds patient och/ eller närstående att vara delaktig. I övrigt ska närstående erbjudas delaktighet i vård och omsorg såvida det inte finns hinder såsom sekretess och uteblivet medgivande från patienten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Inom Valfärd Gävle fanns 2019 rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt för att fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna till detta. Systemet var uppbyggt för att hantera bland annat medicinska avvikelser som rapporterats av personal samt synpunkter och klagomål som framförts av kunder, närstående, medborgare eller andra externa parter. Parallellt fanns strukturer för att hantera inträffade allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador, Lex Maria.

Rehabenhetsens arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster har på arbetsplatsträffar haft återkommande dialog om avvikelser som rör rehabilitering. Syftet är att dra lärdom och vidta samt föreslå specifika och generella åtgärder.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

Det finns en rutin för hur hantering av klagomål och synpunkter ska ske. Vissa klagomål leder vidare till utökade utredningar där medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS blir delaktig. Synpunkter och klagomål hanteras olika beroende på dess art. Finns behov av personligt möte erbjuds detta. Då kan den klagandes synpunkter och klagomål framföras och dialog föras för att uppnå lösningar för den enskilde och i vissa fall även generellt. Synpunkterna och klagomålen kan leda till förbättringsarbeten med ökad patientsäkerhet.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 kap. 2 § p 2

Ingen övergripande egenkontroll genomfördes inom den kommunala hälso- och sjukvården under 2019 relaterat till att införandet av den nya organisationen medfört att ledningssystemet är under ombearbetning.

Återkommande enskilda egenkontroller beskrivs i tabell 1 nedan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Skyddsåtgärder	Typ och antal inrapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska var tredje månad	Verksamhets-system Treserva
Journalgranskning	Genomförs återkommande	Verksamhets-system Treserva
Natt/dygnfastemätning	Genomförs återkommande	Blanketter från respektive enhet sammanställs i Excel-fil och skickas till nutritionsansvarig dietist
Regelbunden besiktning av personlyft och taklyft enligt avtal med Hjälpmedel SAM	Utförs av hjälpmedelsenhet Hjälpmedel SAM en gång per år	Tekniker meddelar Rehab-enheten om lyft behöver ersättas med ny.
Periodisk inspektion av individuellt förskrivna lyftselar	Genomförs två gånger årligen	Verksamhets-system Treserva
Sammanställning av avvikelser	Genomförs årligen	Verksamhets-system Treserva
Olämpliga läkemedel för äldre	Genomförs två gånger årligen	Enkät till omvårdnads-ansvarig sjuksköterska

Tabell 1. Återkommande enskilda egenkontroller.

Process

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Utbildning i medicinsk rätt

Under 2019 genomfördes utbildning i medicinsk rätt för ledningsansvariga inom länets kommuner och Region Gävleborg. Utbildningen omfattade totalt tre utbildningsdagar och har bestått av en kombination av föreläsningar och diskussioner. Deltagare var framförallt verksamhetschefer från regionen och kommunerna, medicinska rådgivare, handläggare, chefläkare, chefsjuksköterska och medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Syftet med utbildningen var att deltagarna ska kunna applicera det juridiska regelverkets krav i den egna organisationen och de egna verksamheterna.

Riskbedömningar

Rutinen för individuella riskbedömningar fastställer att varje patient som flyttar in på något av kommunens boenden (vård- och omsorgsboende eller LSS/socialpsykiatri) eller som skrivits in i hemsjukvården ska erbjudas riskbedömningar vad gäller fall, nutrition, munhälsa och trycksår. Resultatet av dessa riskbedömningar ska utmytna i individuella vårdplaner med samtidig bedömning av när nästa riskbedömning ska utföras. Detta för att minska risken för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa. Rutinen har reviderats under år 2019.

Läkemedelshantering och delegering

Rutiner för läkemedelshantering och delegering finns vilka utgår från gällande regelverk. Innan delegering av läkemedelshantering medges till medarbetare ska denne genomgå en webbutbildning och ett kompetenstest för att sedan undervisas av sjuksköterska med tillhörande kunskapsprov. Rutin för delegering informerar om vilken kompetens och under vilka förutsättningar delegering av en arbetsuppgift får ske. Rutinen för delegering har uppdaterats under 2019.

Läkemedelsgenomgångar

I samverkan med region Gävleborg finns rutin för läkemedelsgenomgångar. Vårdgivaren ska erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid påbörjad hemsjukvård och inflyttning i vård och omsorgsboende. Enkel läkemedelsgenomgång ska därefter erbjudas en gång per år. För den patient som efter genomförd enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem ska en fördjupad läkemedelsgenomgång genomföras. Syftet med en läkemedelsgenomgång är att öka kvaliteten och säkerheten i en patients läkemedelsbehandling.

Avvikelsehantering

Under år 2019 genomfördes en övergripande granskning av avvikelsehanteringen, som omfattade såväl medicinska som sociala avvikelser. Granskningen avsåg processens delar i avvikelsehanteringen och har skett genom intervjuer, en kvalitativ granskning av ett urval registrerade avvikelser samt en kvantitativ granskning. Syftet med granskningen var att få en förståelse för vad det är som bidrar till att hanteringen inte fungerar på ett ändamålsenligt sätt och hitta förbättringsåtgärder för att underlätta i respektive verksamhet.

Resultatet av granskningen visar att avvikelser registreras men att processen inklusive analys och åtgärder brister:

- Rutin, lathundar och avvikelsemodul har brister. Dokumenten samt uppbyggnaden i modulen behöver förtydligas för att underlätta hantering och ge förutsättningar att göra rätt.
- Verksamheten följer inte den rutin som finns. Genom att inte använda de möjligheter som finns i Valfärd Gävles digitala avvikelsehanteringssystem missar verksamheten möjlighet att få stöd i många delar av processen. Behov av vissa justeringar i modulen har framförts till leverantör.
- Både styrning och hantering av behörigheter behöver ses över för att underlätta arbetet för enhetschefer och andra berörda.
- Avvikelsehanteringen blir åsidosatt relaterat till både brist på kunskap och tidsbrist.
- Det råder stor oklarhet runt roller och ansvar i hanteringen av avvikelser.
- Verksamheten arbetar inte systematiskt för att förebygga avvikelser.

Sektorchef har tagit beslut om genomförande av åtgärder utifrån genomförd granskning. Arbetet pågår med revidering av rutin och lathundar. Behörigheter i avvikelsemodulen revideras och tekniska förbättringar har efterfrågats hos leverantören. Berörda verksamhetschefer har fått i uppdrag att organisera ett strukturerat arbetssätt för hanteringen av registrerade avvikelser samt organisera kvalitetsråd i verksamheterna för att få en lärande organisation.

Journalgranskning

En rutin för journalgranskning av den legitimerade personalens dokumentation med journalgranskningsmall har utarbetats under året och en granskning har utförts. Granskningarna kommer att ske fortlöpande var sjätte månad. Syftet med granskningen är att tillse att de krav som ställs på dokumentationen uppfylls och att analysera förbättringsbehov med förbättringsförslag.

Hygien

I samverkan med Vårdhygien Gävleborg har hygienronder genomförts på fem vård- och omsorgsboenden, fyra hemsjukvårdsområden, en gruppbostad och fem gruppboenden under 2019. Två hygienutbildningar har genomförts för enhetschefer inom ordinärt boende och inom vård- och omsorgsboende. Fem hygienutbildningar har genomförts för omvårdnadspersonal i ordinärt boende, en hygienutbildning för hemsjukvårdens legitimerade personal samt tre hygienutbildningar för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor inom vård- och omsorgsboende.

Intern samverkan

Under 2019 har även olika interna samverkansgrupper startat upp. Den ena är hälso- och sjukvårdsrådet med syfte att aktualisera hälso- och sjukvårdsfrågor för ett fortsatt arbete ute i verksamheterna efter behov. I det nämnda rådet deltar medicinskt ansvariga sjuksköterskor, biträdande sektorchef samt kontorschefer.

Den andra samverkansgruppen är ett kvalitetsteam med syfte att arbeta med övergripande kvalitetsfrågor och att stödja och bidra till förbättringsarbete i verksamheterna. Den flerprofessionella arbetsgruppen består av medicinskt ansvariga sjuksköterskor, nutritionsansvarig dietist, utredare, socialt ansvarig samordnare och utredningssekreterare IFO.

Utbildningar till omvårdnadspersonal

Rehabenhetsens arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster erbjöd under år 2019 en halvdags-utbildning i förflyttningskunskap för sommarvikarier inom exempelvis hemtjänst, vård- och omsorgsboenden och personlig assistans. Det erbjöds 336 platser vid 24 tillfällen varav ett ställdes in. 249 personer deltog totalt.

Rehabenhetsens arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster genomförde under år 2019 korta utbildnings- och dialog tillfällen i samband med arbetsplatsträffar inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende. Syftet var kompetensutveckling kring ämnen som trycksår/förebyggande åtgärder, åtgärder vid nedsatt andningsfunktion-pep-pipa samt dialog om komforttrullstolar och lyftselar/personlyft. För hemtjänst genomfördes cirka 20 tillfällen och för vård- och omsorgsboende genomfördes cirka 50 tillfällen.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Ingen övergripande riskanalys genomfördes avseende den kommunala hälso- och sjukvården år 2019. Det genomfördes en riskanalys av avvikelshanteringen som sedan låg till grund för den översyn av avvikelshanteringen som genomfördes 2019.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Under 2019 har sex Lex Maria anmälningar lämnats till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Dessa redovisas i tabell 4. Identifierade förbättringsområden är behov av ett förbättrat strukturerat arbete gällande beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD), följsamhet till dokumentationskrav och befintliga rutiner samt att arbeta strategiskt med riskbedömningar utifrån den enskildes behov. Vidare har ett behov av utbildning gällande palliativ vård identifierats och påbörjats.

Övriga utökade utredningar som genomförts vilka inte ledde till Lex Maria - anmälningar påvisade förutom ovanstående behov av dokumentationsutbildning samt ett strukturerat arbete med omsorgsplanering och bemötandepplaner i samverkan med andra vårdgivare. I övrigt att alla kemtekniska preparat ska vara inlåsta på ett vård -och omsorgsboende.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§, HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) genomförde en granskning av kommunens systematiska informationssäkerhetsarbete i egenskap av leverantör av samhällsviktig tjänst inom hälso- och sjukvårdssektorn enligt NIS-direktivet. IVO identifierade följande brist: kommunen har inte genomfört någon övergripande riskanalys av informationssäkerheten avseende påverkan på kommunens nätverk och informationssystem.

Ett förberedande arbete har initierats för att under våren 2020 påbörja införandet av ett systematiskt informationssäkerhetsarbete vid Valfärd Gävle. I det arbetet ingår att:

- genomföra informationsklassning
- utveckla och implementera process för incidenthantering
- utforma lokala anpassningar och stöddokument till kommunens övergripande ledningssystem för informationssäkerhet (LIS)
- utforma en organisation för informationssäkerhet där roller och ansvar för informationssäkerhetsarbetet är tydligt utpekade och tilldelade
- kompetensutveckling/medvetandehöjning inom informationssäkerhet genom bland annat information

År 2019 genomfördes loggkontroller på begäran i journalsystemet Treserva. Under 2020 kommer även slumpmässiga loggkontroller genomföras. Inga loggkontroller genomfördes gällande nationell patientöversikt NPÖ år 2019. Gällande behörighetsstyrning kan endast respektive ansvarig chef beställa behörigheter till sina medarbetare och behörighet beställs i de system och i den omfattning som krävs för arbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under 2019 utarbetat en rutin gällande journalgranskning. Fem av systemförvaltare slumpmässigt utvalda journaler per verksamhetschef, totalt 35 journaler har granskats vid ett tillfälle. Resultatet analyserades och sammanställdes i en rapport där förbättringsförslag framfördes till verksamhetsansvariga. Granskningen ska göras två gånger per år.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Avvikelser

Avvikelsehanteringen inom Valfärd Gävle är identifierad som ett utvecklingsområde enligt den framtagna rapporten 2019. Därav blir statistiken missvisande och svår att analysera. Det som går att konstatera är att det rapporterats totalt 5441 avvikelser i verksamhetssystemet. Av dessa är 2026 fallolyckor. Det är 805 färre fallolyckor jämfört med 2018 och orsaken till det är ej klarlagd. För de 1089 avvikelser som berör läkemedelshantering går det ej att utläsa om det rör patienter vars läkemedelshantering är bedömd som hälso och sjukvård eller bedömd som egenvård.

Enligt gällande rutin för avvikelshantering ska en sannolikhets- och allvarlighetsbedömning göras inom en vecka efter upprättad avvikelse. Precis som i tidigare kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser kan det konstateras att sådana bedömningar saknades i mycket stor utsträckning, bland 2019 års avvikelser i 1174 av 5441 fall. Detta är ett prioriterat förbättringsområde i arbetet med avvikelshantering då sannolikhets- och allvarlighetsbedömningarna av medicinska avvikelser ligger till grund för om MAS blir informerad om händelsen eller inte.

2015	2016	2017	2018	2019
5840	5450	6109	5663	5441

Tabell 2. Antal registrerade avvikelser 2019

Klagomål och synpunkter

År 2019 registrerades 134 synpunkter och klagomål centralt, det vill säga sådana synpunkter och klagomål som diarieförts hos Valfärd Gävle. Dessa kan omfatta såväl synpunkter och klagomål rörande enskilda individer som andra mer övergripande synpunkter och klagomål. Det bör dock noteras att det under den beskrivna perioden även funnits andra kanaler för att lämna synpunkter och klagomål på Valfärd Gävles verksamheter.

Ingen sammanställning/analys av de inkomna klagomålen/synpunkterna finns genomförd av verksamheterna år 2019. Det totala antalet klagomål och synpunkter vilket redovisas i tabell 3 kan omfatta både medicinska och sociala avvikelser. Att hitta ett bra arbetssätt för kategorisering av klagomål och synpunkter vilket sedan underlättar analys är ett mål.

2015	2016	2017	2018	2019
113	157	122	131	134

Tabell 3. Antal centralt registrerade klagomål och synpunkter 2019.

Händelser och vårdskador

Typ av händelse	Lärdomar och åtgärder
TVå fallhändelser-Lex Maria	Förbättra det vårdpreventiva arbetet med riskbedömningar gällande fall och nutrition samt BPSD efter den enskildes behov. Följa befintliga rutiner för ett strukturerat arbete. Rutin gällande riskbedömningar har reviderats. Behov av att respektive profession ansvarar för att meddela sina bedömningar av patientens status till läkare.
TVå Insulinadministration-Lex Maria	Lärdom är att vid specifik delegering ska den som mottar delegering få särskild instruktion gällande den enskildes behandling. Rutin för delegering har reviderats.
Uteblivet hembesök av sjuksköterska Lex Maria	Behov av utbildning i palliativ vård i samverkan med Region Gävleborg för att säkerställa omhändertagandet av denna patientgrupp. För att säkerställa dokumentation genomförs nu journalgranskningar återkommande och strukturerat.
Trycksår-Lex Maria	Behov av att riskbedömningar utförs enligt rutin och efter den enskildes behov.

Tabell 4. Sammanställning av Lex Maria-anmälningar 2019.

Läkemedelsanvändning

I flera rapporter från Socialstyrelsen, SBU och SKR redovisas att läkemedelsanvändningen bland äldre ökat påtagligt. Detta gäller både de som bor på vård och omsorgsboende och de som bor i ordinärt boende. År 2013 genomfördes en revision/samverkansgranskning gällande läkemedelsanvändningen i Gävle kommun, Bollnäs kommun och Region Gävleborg. I revisionen 2013 samlades läkemedelsstatistik in från alla vård och omsorgsboenden i kommunerna. Denna insamling och utvärdering av statistik har sedan dess fortgått årligen på uppdrag av MAS i alla verksamheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Statistiken används vid uppföljningar av samverkansavtal för läkarmedverkan.

Resultatet av den insamlade statistiken 2019 skiljer sig inte märkbart från tidigare års statistik när det gäller förskrivning av olämpliga läkemedel. En förbättring som skett är att förskrivningen av antidepressiva läkemedel har sjunkit med 7 procent sedan 2018.

Andelen årliga läkemedelsgenomgångar har ökat med tre procent från 2018. Vid analys av resultat kan konstateras att inom hemsjukvården har en ökning skett med 17 procentenheter vilket är ett gott resultat av ett utvecklingsarbete som skett tillsammans med primärvården under det gångna året. Inom vård- och omsorgsboende har andelen läkemedelsgenomgångar sjunkit från 91 procent till 84 procent. Denna minskning är kopplad till tre olika vård- och omsorgsboenden och i samarbete med tre olika hälsocentraler. I dessa tre verksamheter behövs ett lokalt utvecklingsarbete genomföras.

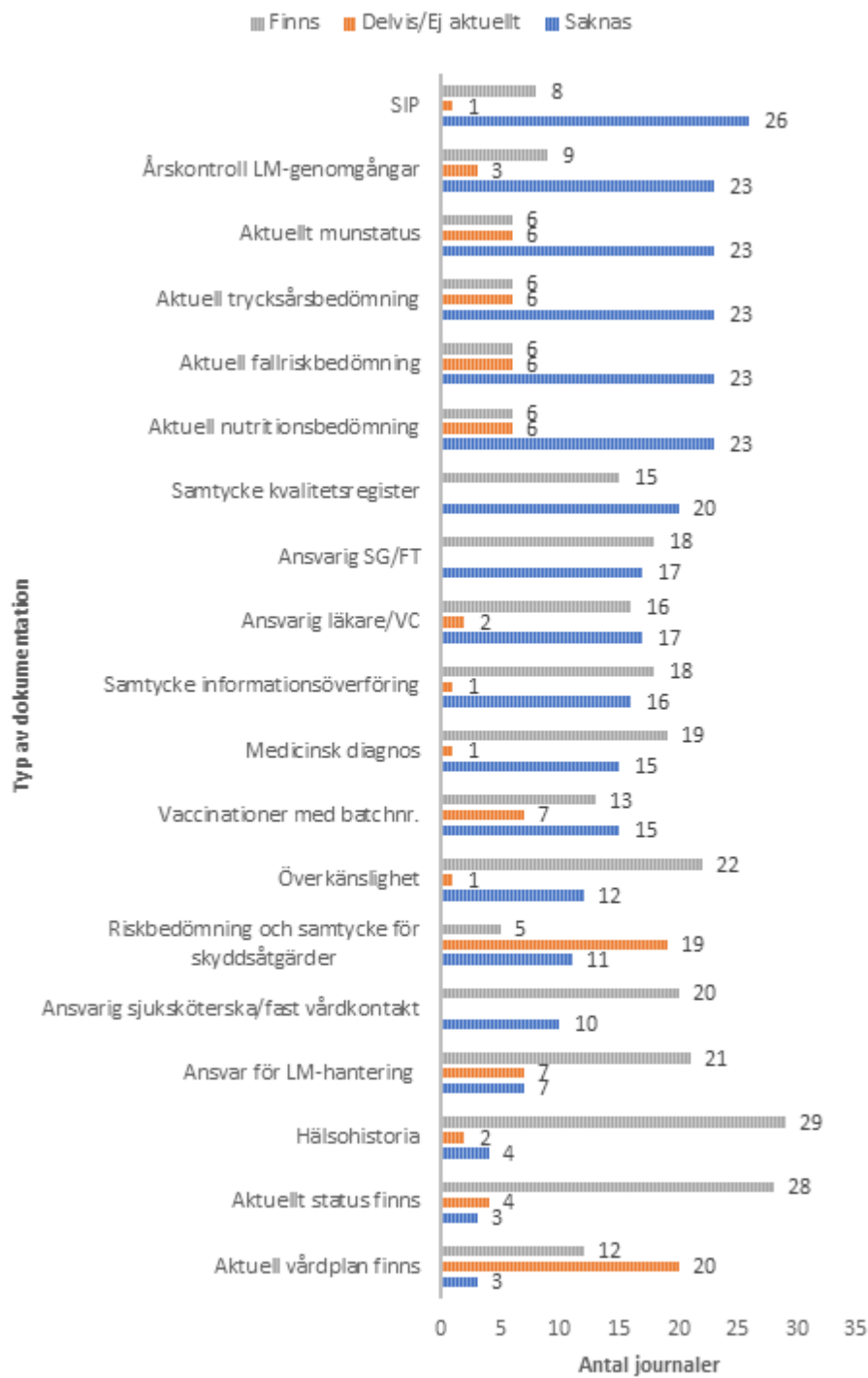
Utifrån 2019 års resultat konstateras att det fortfarande finns ett behov av ett utvecklingsarbete gällande läkemedelsgenomgångar inom den kommunala hälso- och sjukvården tillsammans med primärvården.

Journalgranskning

Från resultatet av den genomförda journalgranskningen kan noteras variationer i dokumentationen mellan LSS/socialpsykiatri respektive vård- och omsorgsboende/hemsjukvård. Detta beror troligen på att patienterna inom LSS/socialpsykiatri ofta är yngre, mer självgående och inte i behov av omfattande vårdinsatser i samma utsträckning som patienter som bor i vård- och omsorgsboende eller i ordinärt boende med hemsjukvård.

Utmärkande är att det generellt brister vad gäller dokumentation och utförande av riskbedömningar och vårdpreventivt arbete. Det saknas dokumentation om detta i 65,7 procent (23/35) av de granskade journalerna. Skillnaden mellan verksamhetsområdena är marginell men det kan konstateras att vård- och omsorgsboende har flest utförda riskbedömningar.

Utifrån resultatet av journalgranskningen har förbättringsområden definierats och förslag till förbättringsåtgärder utarbetats. Vidare planeras en revidering av de befintliga rutinerna gällande den medicinska dokumentationen under 2020.



Figur 1. Sammanfattning av 35 granskade journaler, alla verksamhetsområden.

Uppsökande tandvård

Region Gävleborg har det övergripande ansvaret för tandvård och har avtal med kommunerna i länet om uppsökande verksamhet. Sedan den 1 januari 1999 har regionerna enligt tandvårdsförordningen om reformerat tandvårdsstöd (SFS 1998:1338) ansvar för att de som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser erbjuds uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Individen kan själv välja om detta ska utföras av Folk tandvården eller av en privat tandläkare.

Tandhygienist eller tandläkare utför den uppsökande tandvården vilken omfattar munhälsobedömning och handledning i individens hem. Det sker alltid i samverkan med kommunal personal eller anhöriga.

De som har rätt till nödvändig tandvård är de personer som:

- N1. Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för och som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.
- N2. Får varaktig och omfattande hemsjukvård.
- N3. Omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- N4. Bor i egen bostad och har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Alternativt har en omfattande och långvarig psykisk sjukdom och bor i eget boende, gruppboende eller motsvarande.

	Antal munhälsobedömningar	Antal vårdplatser	Antal Ja	Antal Nej	Antal Ja+ Nej	Andel uppsökta munhälsobedömningar/ Ja tack
Gävle totalt	854	1345	1073	707	1780	79,6 %
N1	815	933	905	53	958	90,1 %
N2	0	1	5	6	11	0,0 %
N3	4	173	44	454	498	9,1 %
N4	35	238	119	194	313	29,4 %

Tabell 5. Statistik från Beställarenheten, antal munhälsobedömningar Gävle kommun 2019.

God vård i livets slutskede - Svenska palliativregistret

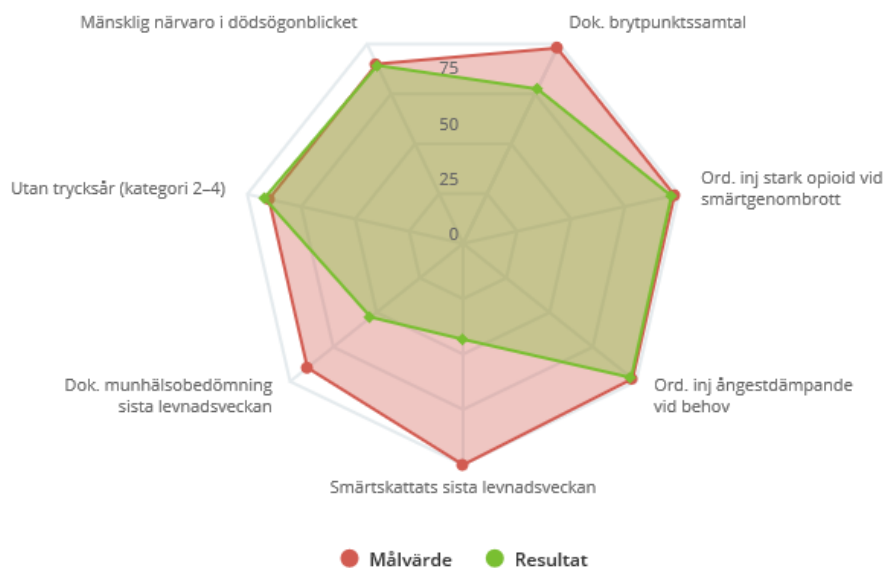
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit.

Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende vem som utför vården och oberoende av diagnos. Vårdpersonal besvarar en enkät med frågor om hur vården sista veckan i livet varit. Resultaten ligger till grund för att utvärdera kvalitet, initiera förbättringsområden samt att följa upp.

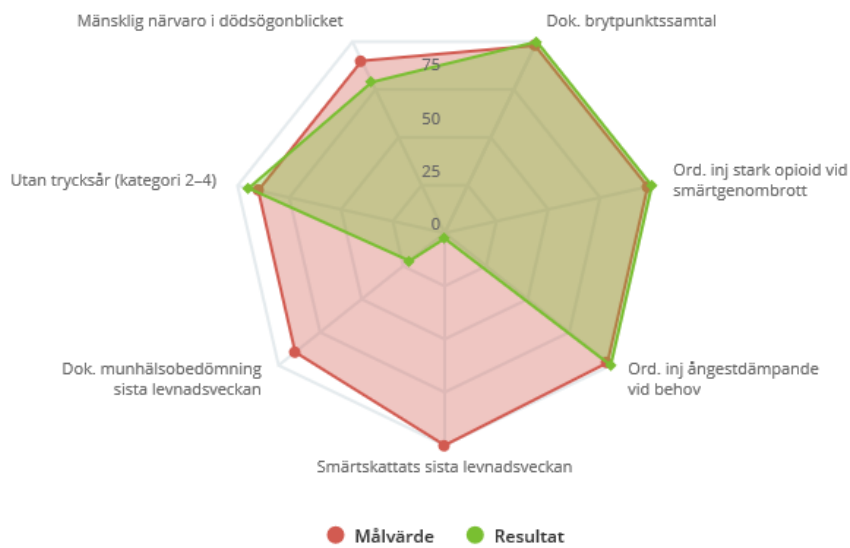
Välfärd Gävle håller tillsammans med Region Gävleborg en medelmåttlig täckningsgrad för svenska palliativregistret. Under 2019 rapporterades 51,94 procent av alla dödsfall bland folkbokförda i Gävle kommun till registret.

I registret besvaras frågor kring exempelvis förekomsten av trycksår, smärtlindring och mänsklig närvaro i dödsögonblicket. För att ge en så god livskvalitet som möjligt i livets slutskede är symtom- och smärtlindring högt prioriterat. Det är viktigt att tidigt upptäcka, förebygga och behandla symtom. Möjligheten att uppnå en god smärtlindring ökar om arbetet med smärtskattning sker på ett strukturerat sätt.

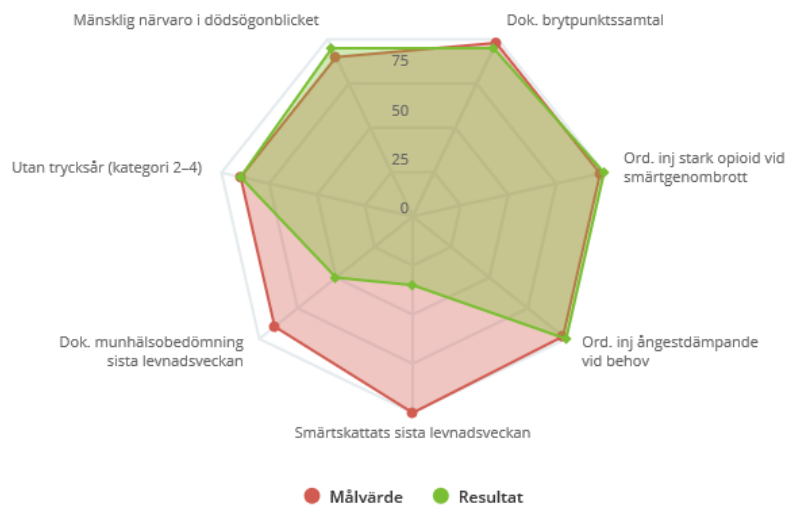
Av resultatet nedan framgår att en låg andel av de avlidna i registret som var folkbokförda i Gävle kommun smärtskattades med ett validerat instrument i livets slutskede. Detta kan innebära att patienterna inte får en adekvat smärtlindring i förhållande till den upplevda smärtan och ses som ett angeläget förbättringsområde. Andra kvalitetsindikatorer som identifierats som förbättringsområden är dokumenterade brytpunktssamtal på vård och omsorgsboende samt dokumenterade munhälsobedömningar. Gott resultat uppnås gällande flera kvalitetsindikatorer exempelvis frånvaro av trycksår grad 2-4 och ordination av injektionsläkemedel.



Figur 2. Resultat från svenska palliativregistret 2019. Gävle kommun: Vård och omsorgsboende, > 65 år, N=178. Källa: Svenska palliativregistret



Figur 3. Resultat från svenska palliativregistret 2019. Gävle kommun: Korttidsplats, >65 år, N= 38. Källa: Svenska palliativregistret



Figur 4. Resultat från svenska palliativregistret 2019. Gävle kommun: Eget hem m. stöd av allmän hemsjukvård, >65 år, N= 20. Källa: Svenska palliativregistret

Individuella riskbedömningar

I Välfärd Gävle genomfördes riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert mellan år 2010 och till och med 30 april 2019 för brukare vid vård- och omsorgsboende, boende för personer med funktionsnedsättning (gruppboenden, serviceboenden, gruppboendestäder och serviceboendestäder) samt brukare inom hemsjukvård. Därefter begärdes utträde ur registret och en ny rutin publicerades i ledningssystemet för att stödja det preventiva arbetet.

Enligt statistik från kvalitetsregistret Senior alert registrerades riskbedömningar för 103 unika personer under månaderna januari till april 2019 av Välfärd Gävles entreprenader och egenregi. För statistik från verksamhetssystemet Treserva gällande antal riskbedömningar enligt ny rutin 2019 för egenregi och entreprenader. Se tabeller nedan¹. Enligt rutin ska varje brukare erbjudas riskbedömning var sjätte månad. År 2019 fanns 1026 lägenheter inom vård och omsorgsboende, genomsnittligt antal hemsjukvårdspatienter per månad var 486 och antal lägenheter inom Funktionsnedsättning var 318.

En förklaring till att antalet riskbedömningar per bedömningsinstrument skiljer sig markant inom hemsjukvården beror troligen på att huvudansvaret för bedömning med respektive riskbedömningsinstrument har delats upp utifrån en testperiod med nytt arbetssätt. Sjuksköterskor har haft huvudansvar för bedömning med MNA och ROAG, arbetsterapeuter för bedömning med Norton-skalan och fysioterapeuter-sjukgymnaster för bedömning med DFRI inför teamavstämningar. På vård- och omsorgsboende genomförs troligen alla fyra bedömningar vid samma ett och samma tillfälle.

2019	Antal riskbedömningar	Antal unika personer
Riskbedömning DFRI Fallrisk	497	469
Riskbedömning MNA Undernäring	389	367
Riskbedömning Norton Trycksår	458	429
Riskbedömning ROAG Munhälsa	355	340

Tabell 6. Antal riskbedömningar och antal unika personer. Källa: Treserva journalsystem

¹ Statistik för 2019 får tolkas med försiktighet. Detta då tillvägagångssätt för det vårdpreventiva arbetet förändrades under året samt att flera vård och omsorgsboenden som drivs via entreprenad har fortsatt registrera i kvalitetsregistret Senior alert och en osäkerhet kan råda om dessa riskbedömningar blivit registrerade som enstaka åtgärd i journalsystemet utöver i Senior alert registret. Bedömningen är ändock att det finns förbättringspotential gällande vårdpreventivt arbete.

2019	Hemsjukvård	Vård- och omsorgsboende	Korttids- verksamhet	Funktions- Nedsättning
Risk- bedömning DFRI Fallrisk	134	354	4	5
Risk- bedömning MNA Undernäring	17	367	0	5
Risk- bedömning Norton Trycksår	81	372	0	5
Risk- bedömning ROAG Munhälsa	11	344	0	0

Tabell 7. Antal riskbedömningar per verksamhetsområde i Treserva journalsystem 2019. Källa: Treserva journalsystem

År	Antal riskbedömningar	Antal unika personer
2018	1153	836
2017	1289	966
2016	1787	1342

Tabell 8. Antal riskbedömningar och antal unika personer som riskbedömts i Senior Alert 2016-18. Källa: Senior alert.

God vård vid demenssjukdom- BPSD-registret

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD-registret) är ett nationellt kvalitetsregister. Det syftar till att, genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD), det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

Ungefär 90 procent av alla som lever med en demenssjukdom drabbas någon gång av BPSD. Symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. Att arbeta med BPSD-registret tillsammans med en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till:

- Ökad livskvalitet för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden och bidra till en verksamhetsutveckling

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory NPI som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Efter skattningen genomförs en analys av eventuella orsaker med hjälp av en checklista och därefter vidtas åtgärder.



Figur 5. Observation, analys och åtgärder enligt BPSD-registret.

Under 2019 registrerades 167 brukare i BPSD-registret av den kommunala hälso- och sjukvårdens egenregi och entreprenader i Gävle (en registrering omfattar hela hjulet i figuren ovan). Det sammanlagda antalet registreringar var 237.

Det finns inga uppgifter om det totala antalet brukare med demenssjukdom. Den 31/12 - 2019 fanns det totalt 551 lägenheter med demensinriktning på Gävles olika vård- och omsorgsboenden (egenregi och externa utförare). Det finns även brukare med demenssjukdom som bor på somatiska enheter. Det finns en förbättringspotential när det gäller registreringar och åtgärder med stöd av BPSD-registret, då varje person med demenssjukdom enligt nationella riktlinjer bör få minst en registrering genomförd per år.

Sedan BPSD-registret infördes i Gävle kommun har kön till specialboendet successivt minskat och de senaste fyra åren har det inte funnits kö utan ibland lediga lägenheter enligt uppgift. Det finns en upplevelse från certifierad utbildare att fler enheter använder beteendescheman, att behovet av handledning i enskilda ärenden har minskat men att utbildning efterfrågas.

Efter analys av resultat i BPSD-registret 2019 syns tendens till förbättrat resultat gällande årlig läkemedelsöversyn och ett gott resultat gällande antal personer som fått bemötandeplan. För parametern "Andel personer som verkar smärtfria" finns utrymme för förbättring exempelvis gällande evidensbaserad smärtskattning. Ett annat utvecklingsområde är att de bedömningar/åtgärder som registreras i registret tydligt ska framgå i social och medicinsk dokumentation.

Nutrition och nattfastemätningar

Nutrition

Utveckling och uppföljning av mat, måltider och nutritionsarbete sker kontinuerligt på Gävle kommuns vård- och omsorgsboenden. Under 2019 har kostmöten genomförts med kostombud och enhetschefer. Vidare har måltidsobservationer genomförts av nutritionsansvarig dietist samt dennes vikarie på flera av vård- och omsorgsboenden samt av medarbetare genom kollegiala måltidsobservationer. Matråd är möten där kunder och medarbetare ges möjlighet att komma med synpunkter på maten och menyn. Matråden är frivilliga möten för verksamheterna och genomförs med eller utan medverkan av matleverantör, avtalscontroller för kost och nutritionsansvarig dietist. När dessa funktioner inte medverkar, framför kostombuden kundernas synpunkter och önskemål till dietist som tar informationen vidare till matleverantören. Dietist följer sedan upp och återkopplar eventuella ändringar kring maten och menyn till kostombuden. Matråd är mycket uppskattade av kunderna som i detta forum ges stor möjlighet att påverka både utbud och kvalitet på maten. Under sommaren 2019 har en ny matleverantör anlitats till alla vård- och omsorgsboenden, förutom till Solberga och Gävle Strand som har egen matlagning.

Som en del av nutritionsansvarig dietists arbetsuppgifter erbjuds verksamheterna inom Gävle kommuns vård- och omsorgsboenden (egen regi och externa) samt korttidsboenden, föreläsningar inom områdena mat, måltider och nutrition.

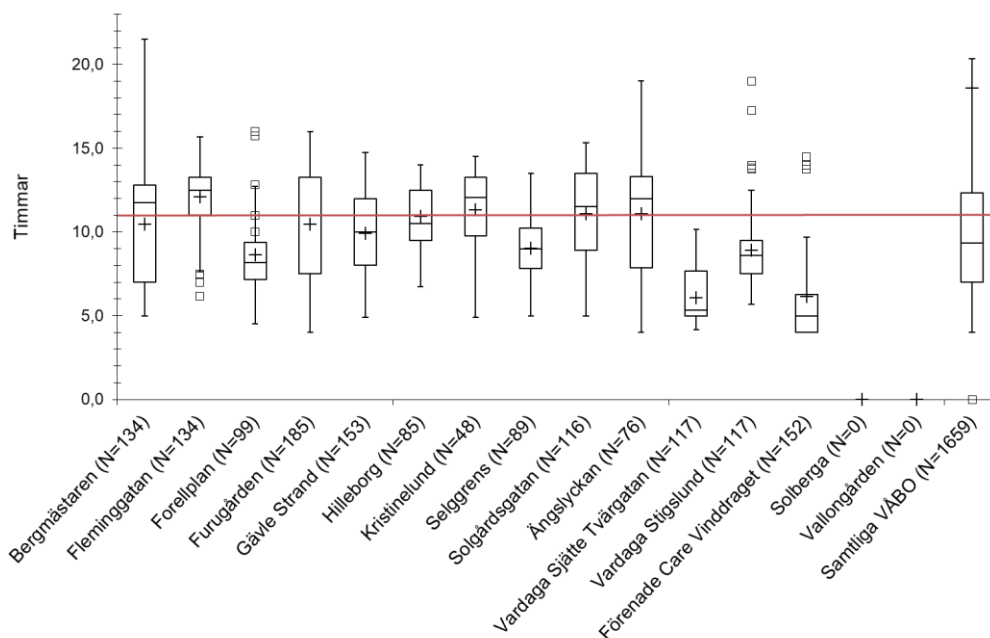
Nattfasta och nutritionsuppföljning

Förebyggande av undernäring och behandling vid risk för undernäring eller konstaterad undernäring är centrala delar i arbetet kring nutrition. Det är även reglerat via Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10). För att få en helhetsbild av kundernas nutritionsstatus analyserar Gävle kommun nattfasta, viktutveckling och måltidsmiljö över tid.

En del i ledet att minska undernäring på Gävles vård- och omsorgsboenden samt korttidsenhet, är arbetet med att minska nattfastan. Mätningar har genomförts systematiskt sedan 2012. Målsättningen är att alla kunder ska erbjudas något att äta under kväll, natt eller tidig morgon för att ha en nattfasta som ej överskrider 11 timmar ofrivilligt. Vid erbjudandet av något ätbart kan kunden tacka nej, sova eller välja att inte äta, detta antecknas då och resultatet blir den så kallade erbjudna nattfastan. Verksamheterna kan på individ-, avdelnings-, och boendenivå analysera sitt resultat och utifrån det vidta åtgärder. Endast kunder med risk för undernäring bör väckas nattetid för att äta något. Det bestäms i samråd med sjuksköterska och med kundens samtycke enligt den etiska principen autonomi – rätten till självbestämmande. För övriga kunder är nattsömn prioriterad och något att äta på sängkanten tidig morgon kan vara ett bättre alternativ för att bryta nattfastan.

Under 2019 genomfördes en mätning under tre dygn i oktober. Syftet med att mäta under tre hela dygn var för att få en bild av hur många måltider som erbjuds totalt under ett dygn.

Höstens mätresultat visade att 69 procent av kunderna erbjöds en tillräckligt kort nattfasta vilket är en försämring sedan året innan då 83 procent av kunderna erbjöds en tillräckligt kort nattfasta.



Figur 6. Spridning i mätningen över erbjuden fasta på respektive enhet samt för alla deltagande enheter. Spridningen illustreras genom box plot-diagram. Eftersträvsvärt är en liten "låda" och korta "morrhår" under 11 timmar (röda strecket). En individ förekommer upp till tre gånger i diagrammet (en för varje uppmätt dygn).

Dygnsmätningarna i oktober visade på att det på Gävles vård- och omsorgsboenden samt korttidsenhet i snitt erbjuds 6,0 måltider per kund och dygn, vilket går i linje med Socialstyrelsens och Livsmedelsverkets rekommendationer om minst sex måltider per dygn.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att nattfastan har försämrats med 14 procentenheter sedan föregående mätning och att Gävle kommuns vård- och omsorgsboenden har en del arbete för att åter förbättra sitt resultat och för att nå målsättningen. Resultat från mätningar sedan 2014 visar att höstens resultat är det sämsta resultat som har uppmätts sedan 2014.

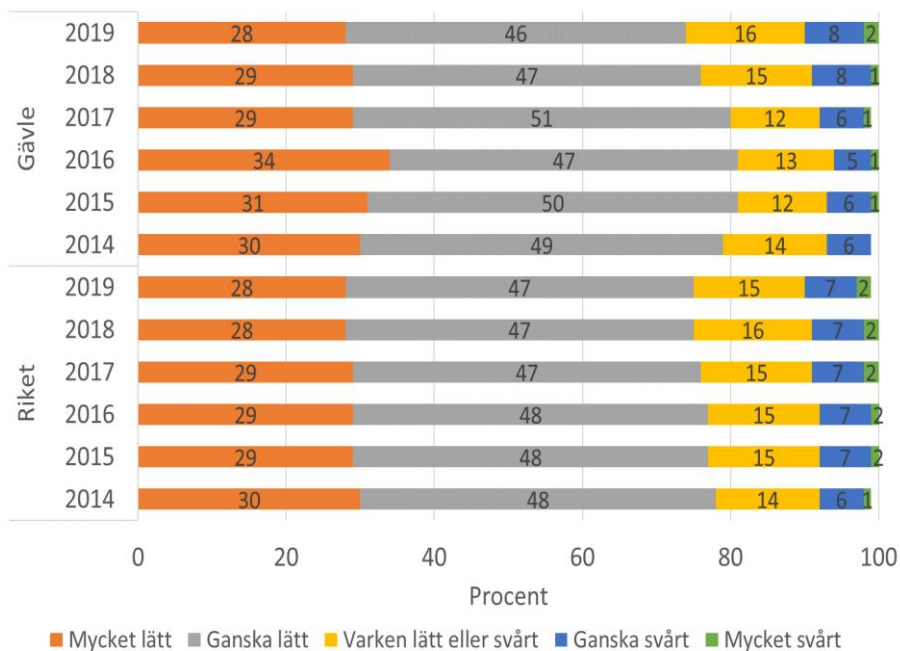
En utbildningsinsats som handlar om matens betydelse för ett hälsosamt åldrande med fokusområden som undernäring och nattfasta har påbörjats under hösten 2019 och fortgår till februari 2020. I samband med utbildningen deltar personalen i en workshop där personalen avdelningsvis får identifiera utmaningar/problem i arbetet och ta fram konkreta åtgärder för att förbättra mat, måltider och nutritionsarbetet för kunderna.

Socialstyrelsens nationella brukarundersökning

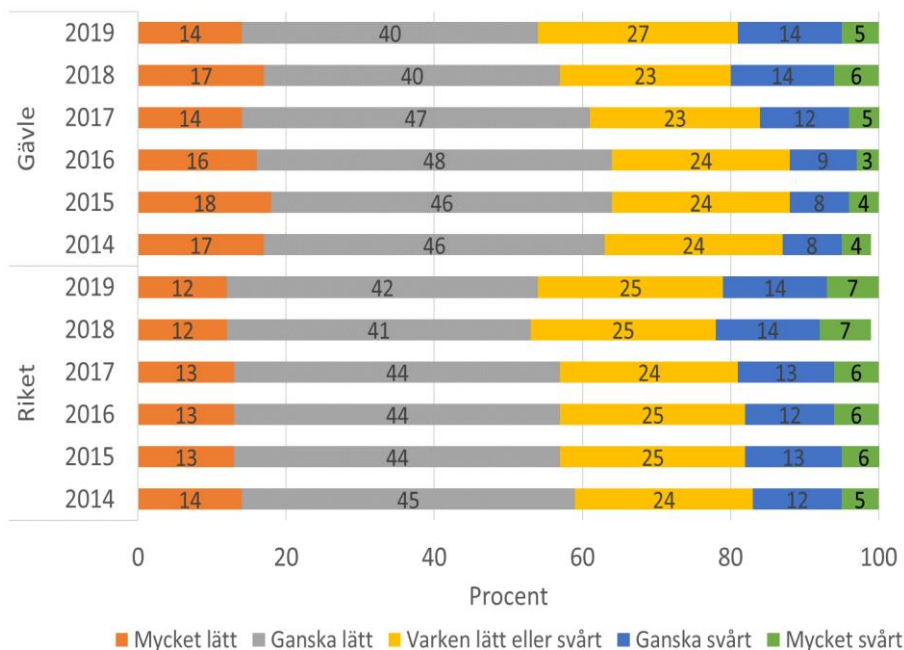
Nedanstående diagram visar resultatet från socialstyrelsens årliga brukarundersökning för vård- och omsorgsboende där ett fåtal hälso- och sjukvårdsfrågor ställdes. I riket som helhet besvarades 50 procent av enkäterna och motsvarande siffra i Gävle var 52 procent. Värt att notera är att av de enkäter som inkom besvarades betydande andelar av någon annan än den äldre själv. Därmed bör resultaten tolkas med stor försiktighet.

Gävles resultat har jämförts med rikets samt länets resultat. Av resultatet framgår att den upplevda tillgängligheten till sjuksköterska är ungefär i nivå med riket men det finns en tendens att den upplevda tillgängligheten i Gävle har minskat över tid.

Även när det gäller den upplevda tillgängligheten till läkare är tendensen att det minskar över tid. Gävles resultat för 2019 ligger i nivå med rikets.



Figur 7. Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2014-2019.



Figur 8. Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov? Vård- och omsorgsboende. Källa: Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar 2014-2019.

Fortsatta åtgärder/aktiviteter för att öka patientsäkerheten

Ledningssystemet

Under 2020 sker en genomgång av ledningssystemet och dess rutiner. Revidering sker där behov finns, i övrigt sker en kontroll och genomgång för att tillse att innehållet följer gällande reglementen och beprövade arbetsätt. Rutinerna ska bringa tydlighet och enhetlighet för en god och säker vård.

Avvikelsehantering

Det pågår ett arbete med en revidering av befintlig rutin för avvikelsehantering, vilken kommer att färdigställas under 2020. Detta sker som ett resultat av den analys som genomfördes under 2019 där det framkom behov av att förbättra det strukturerade arbetet med avvikelser.

Dokumentation

Rutin för dokumentation kommer att revideras under 2020. Efter genomförd journalgranskning framkom behov av förbättringsåtgärder för en enhetlig och väl fördokumentation. Det övergripande målet är att skapa tydlighet gällande var specifika uppgifter ska dokumenteras i journalsystemet, men också att förbättra resultatet utifrån ställda dokumentationskrav.

Digital signering

Vad gäller signering av utförda delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser så görs detta idag via pappersdokument. Det pågår nu en planering för ett införande av digital signering via verksamhetssystemet Treserva. Detta skulle innebära en tydligare och säkrare hantering av delegerade uppgifter med mål om att minimera antalet oönskade händelser såsom missade läkemedelsdoser eller andra uteblivna insatser. Fortsatt dialog och planering sker under 2020.

God vård i livets slut - Svenska palliativregistret

Utifrån uppnått resultat för 2019 definieras behov av ett förbättringsarbete gällande evidensbaserad smärtskattning, dokumenterade brytpunktssamtal på vård och omsorgsboende samt munhälsobedömningar vid vård i livets slut. Rutin för palliativ vård kommer att revideras med tydligare krav på bland annat att dessa parametrar ska utföras för ett mer kvalitativt omhändertagande.

Förebyggande riskbedömningar

Vad gäller vårdpreventivt arbete med riskbedömningar så finns förbättringspotential för ett strukturerat och välorganiserat arbete i verksamheterna. En ny rutin gällande riskbedömningar upprättades under året. Det finns dock behov av att tillse att rutinen och arbetsätt implementeras i alla verksamheter. Målet för 2020 är att få en bättre följsamhet till arbetet med riskbedömningar för ett bättre vårdpreventivt arbete och därmed ökad patientsäkerhet.

God vård vid demenssjukdom- BPSD-registret

För parametern “Andel personer som verkar smärtfria” finns utrymme för förbättring exempelvis gällande evidensbaserad smärtskattning. Ett annat utvecklingsområde är att de bedömningar/åtgärder som registreras i registret tydligt ska framgå i social och medicinsk dokumentation.

Externa kvalitetsgranskningar

Under 2020 är målet att påbörja arbetet med externa kvalitetsgranskningar gällande läkemedelshantering. Ett avtal kommer att upprättas tillsammans med Region Gävleborg som innebär att apotekare/farmaceut kommer att utföra granskningar ute i verksamheterna för att tillse att vi har ändamålsenliga rutiner och arbetssätt samt följer gällande regelverk.

Bedömnings -och rapporteringsunderlag – Visam beslutsstöd

Efter analys av händelser under 2019 har identifierats ett behov av ett enhetligt bedömningsunderlag där alla patienter ska få likvärdig bedömning i händelse av ett hastigt försämrat hälsotillstånd eller annan händelse som kräver en medicinsk bedömning. Dialog har förts angående införande av Visam beslutsstöd i alla verksamheter under 2020. Visam är ett verktyg för sjuksköterskan i den kommunala hälso- och sjukvården. Målet är att alla patienter ska få en likvärdig bedömning och rätt vårdnivå för en bättre patientsäkerhet.

Informationssäkerhet

Vid inspektionen för vård och omsorgs granskning av kommunens systematiska informationssäkerhetsarbete identifierades brister i att kommunen inte hade genomfört någon övergripande riskanalys av informationssäkerheten avseende påverkan på kommunens nätverk och informationssystem. Ett förberedande arbete har initierats för att under våren 2020 påbörja införandet av ett systematiskt informationssäkerhetsarbete vid Valfärd Gävle.

Vad gäller sektor Valfärd så är rutinen för loggkontroll under omarbetning. År 2019 genomfördes loggkontroller på begäran i journalsystemet Treserva. Ett mål för 2020 är att utföra även slumpmässiga loggkontroller.

Regelbundna och strukturerade journalgranskningar kommer att fortsätta att genomföras enligt rutin under 2020 och då kommer även medicinskt ansvarig för rehabilitering att medverka. Detta innebär en kvalitativ förbättring av granskningen. Detta med anledning av att granskningen av de rehabiliterande åtgärderna blir mer ingående och vi kan hitta gemensamma nämnare för ett utökat patientsäkerhetsarbete.

Läkemedelsgenomgångar

Utifrån 2019 års resultat konstateras att det fortfarande finns ett behov av ett utvecklingsarbete gällande läkemedelsgenomgångar inom den kommunala hälso- och sjukvården tillsammans med primärvården.

Vårdhygien

I syfte att uppfylla kraven i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg, så är ett av målen ett utökat deltagande i hygienutbildningarna som sker i samverkan med Vårdhygien, region Gävleborg.